

Anmeldung für die Miete einer Alterswohnung

Wägelwiesen
Alters- und Pflegezentrum AG
Obere Kirchstrasse 33 / Postfach
8304 Wallisellen

Telefon 044 877 76 76
info@waegelwiesen.ch
www.waegelwiesen.ch

Gewünschter Bezugstermin _____

Mindest-Anzahl Zimmer _____

Stockwerk _____

Balkon zwingend

ja

nein

Mietzinsvorstellung/Monat, inkl. NK in CHF _____

	Mietinteressent/in	Partner/in oder Mitmieter/in
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Strasse/Nr.	_____	_____
PLZ/Ort	_____	_____
Telefon	_____	_____
E-Mail	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Bürgerort	_____	_____
Ausländerausweis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Andere
Zivilstand	_____	_____
Hausarzt	_____	_____
Netto-Einkommen gerundet (fakultativ)	_____	_____
Referenzen (fakultativ)	_____	_____
Kontaktperson/Telefon	_____	_____
Aktueller Vermieter	_____	_____
Kontaktperson/Telefon	_____	_____

Hauttiere	Anzahl _____	Art _____
Instrumente/Lärmverursacher	_____	Art _____
Personen in der Wohnung: Erwachsene	_____	Kinder/Geburtsjahr _____
Seit wann wohnen Sie in der heutigen Wohnung?	_____	Haben Sie eine Beistandschaft? _____
Heutiger monatlicher Mietzins? CHF	_____	Anzahl Zimmer? _____
Wurde die bisherige Wohnung durch den Vermieter gekündigt? _____		Wenn ja, Grund? _____
Grund des Wohnungswechsels	_____	
Bemerkungen	_____	

Mit diesem Anmeldeformular ist ein aktueller Betreuungsauszug/Verlustschein über den/die Mietinteressenten einzureichen, spätestens jedoch vor Vertragsabschluss. Bei Ausländerausweis / Aufenthaltsbewilligung bitte Kopie beilegen.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass die obigen Angaben mit den Tatsachen in allen Teilen übereinstimmen, und erklärt sich mit dem Einholen von Referenzauskünften und oben genannten Bedingungen einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/en: _____